

Coalition Solidarité Santé

Mémoire de la Coalition Solidarité Santé
Présenté à la Commission des affaires sociales
Sur le projet de loi 25
*Loi sur les agences de développement
des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux.*

Un projet de loi à retirer...
Un processus à reprendre

Décembre 2003

Table des matières

Avant-propos	3
Présentation de la Coalition Solidarité Santé	5
Introduction	6
Plus de questions que de réponses	7
Les fusions d'établissements : une nuisance à l'amélioration des services	13
La pérennité des CLSC mise en péril	16
La place du privé à reconsidérer	18
Les groupes communautaires : des groupes autonomes	20
Les vraies solutions éludées	23
Notre seule recommandation	25
Annexe 1 :	
Manifeste pour la sauvegarde d'un système de santé et de services sociaux	27

Avant-propos

D'entrée de jeu, la Coalition tient à exprimer, au ministre de la Santé et des Services sociaux et à ses collègues du Parti libéral, sa profonde déception quant au processus démocratique en cours.

Il nous semble, en effet, que dans le présent processus parlementaire, tout aura été sous le signe du déficit démocratique :

- aucun livre vert ni aucun livre blanc n'a permis d'initier le débat avec les citoyennes et les citoyens du Québec malgré l'ampleur des changements proposés et le fait que ceux-ci dépassent largement les engagements électoraux du Parti libéral ;
- le processus démocratique a été court-circuité puisque nous savons que des personnes ont été engagées, dès mai dernier dans certaines régions du Québec, pour mettre en place les réseaux locaux de services et ce, avant même que les couleurs du projet de loi ne soient connues;
- le projet de loi a été déposé tardivement si l'on considère que les orientations ministérielles étaient prêtes dès le printemps dernier et que le ministre de la Santé et des Services sociaux souhaite son adoption avant Noël;
- les groupes ne disposent que de 20 jours (week-end compris) pour se saisir du projet de loi, l'analyser, procéder aux consultations de leurs instances décisionnelles, rédiger un mémoire et le présenter.

- La présente consultation est restreinte à une vingtaine de groupes seulement ;
- La période d'échange des groupes entendus avec les parlementaires est anormalement réduite si l'on considère le fait qu'il s'agit d'une consultation au cours de laquelle peu de groupes seront entendus.

Le ministre de la Santé et des Services sociaux l'ignore peut-être mais avant son élection, son parti avait décrié de telles façons de faire et ce, à plus d'une reprise. Il est désolant de constater que ce n'était que des paroles creuses d'un parti qui ne s'était pas engagé résolument à initier des processus véritablement démocratiques.

Présentation de la Coalition Solidarité Santé

Les assises politiques de la Coalition sont, dès sa création en 1992, le respect des grands principes qui ont guidé la mise sur pied de ce système pour garantir l'égalité des citoyennes et des citoyens: le caractère public, la gratuité, l'accessibilité, l'universalité et l'intégralité. Ces assises politiques sont également conformes à la Loi canadienne de la santé et à la signature par le Québec, en 1976, du Pacte relatif aux droits sociaux, économiques et culturels dont l'article 12 porte sur le droit à la santé.

46 organisations nationales et régionales et une dizaine d'organisations locales sont actuellement membres de la Coalition Solidarité Santé. On y retrouve notamment des organisations syndicales, des organismes communautaires, des organisations religieuses, des groupes de femmes, de personnes âgées, de personnes handicapées des groupes des communautés culturelles et des proches aidantes.

En janvier 2000, la Coalition Solidarité Santé adoptait son *Manifeste pour la sauvegarde d'un système public de santé et de services sociaux*. (Voir l'annexe 1).

Il importe de souligner ici que les éléments centraux du présent mémoire ont été endossés par plusieurs centaines d'organisations de toutes les régions du Québec et des personnalités de différents secteurs de la société québécoise. Même des citoyennes et des citoyens ont tenu à appuyer individuellement l'analyse et surtout les recommandations qui vous sont présentées aujourd'hui. Nous espérons que cette parole citoyenne sera entendue comme telle.

Introduction

Il importe, d'entrée de jeu, de préciser que les membres de la Coalition Solidarité Santé sont sensibles aux préoccupations de continuité des services énoncées par le Ministre au cours des derniers mois. Ils sont aussi grandement préoccupés quant à la qualité et à la quantité des services publics offerts en matière de santé et de services sociaux au Québec, à leur universalité, à leur accessibilité, à leur gratuité et à la nécessaire autonomie des organismes communautaires.

Mais surtout, ils ont appris, au cours des dernières années, que les réformes, sans argents neufs, même des réformes a priori bien intentionnées, ne signifient pas nécessairement l'amélioration de la qualité, de la continuité et de la quantité des services publics. Or, le dépôt du projet de loi 25 s'est fait sans aucune annonce ministérielle préalable sur des réinvestissements significatifs dans le système québécois. Même le ministre des Finances du Québec remet en question, à ce moment-ci, l'engagement du PLQ d'investir 2,2 milliards dès le budget 2004.

Est-il nécessaire de rappeler ici que le Québec est au dernier rang des provinces canadiennes pour ses dépenses publiques en santé, en queue de peloton aussi pour ses investissements dans les services à domicile et que c'est là qu'il faut d'abord corriger le tir? Ça l'est d'autant plus que le présent gouvernement avait promis de faire de la santé sa priorité no 1 et de faire les réinvestissements nécessaires. Où sont ces argents aujourd'hui ?

Les réinvestissements ne sont pas la seule condition gagnante d'une réforme du système. L'expérience et le bon sens nous apprennent également qu'une telle réforme ne peut se faire dans la plus grande précipitation, le temps est le fidèle

allié d'une réforme réussie. De surcroît, tout projet de réforme est largement compromis s'il se fait sans l'adhésion de ceux et celles qui seront appelés à le mettre en œuvre et sans l'appui de ceux et celles qui subiront les contrecoups des changements et des inévitables ratés. Nous soulignerons enfin qu'il ne peut y avoir de réforme réussie, si les solutions qui ont déjà fait consensus par le passé, ne sont pas au cœur de la réforme proposée, si les processus de consultation sont en deçà des normes minimales en la matière et qu'on retrouve dans le projet de loi, des solutions qui ont fait, par le passé, la preuve de leur contre-performance.

Or, dans le présent projet de loi, nous ne retrouvons aucune des conditions gagnantes énumérées ci-dessus. Par contre, nous retrouvons plusieurs solutions très mécaniques qui n'ont, malheureusement, jamais fourni des résultats concluants comme nous le détaillerons dans le présent mémoire. La Coalition ne peut donc, dans le présent contexte, qu'inviter le ministre de la Santé et des Services sociaux, à la plus grande souplesse et à la plus grande humilité, en reconnaissant que le processus est tout simplement à refaire.

Plus de questions que de réponses

La Coalition Solidarité Santé a déployé une grande énergie pour comprendre le projet de loi et l'évaluer à sa juste valeur. Cependant, une lecture rigoureuse et une analyse collective du projet de loi, nous amène à faire le constat suivant : le projet de loi soulève plus de questions qu'il n'apporte de réponses.

Nous comprenons bien les éléments centraux du projet de loi et le fait que le ministre de la Santé et des Services sociaux entend pour l'essentiel :

1. Abolir les régies régionales et les transformer temporairement en «agences régionales» qui auront le mandat de procéder à la création de «réseaux locaux de services intégrés» sur leur territoire.
2. Procéder à la création des réseaux locaux par la fusion de CLSC, de centres d'hébergement et de soins de longue durée avec un hôpital.
3. Le ministre mettra fin aux mandats des personnes qui ont été élues en novembre 2002, pour un mandat de trois ans, sur les conseil d'administration des CLSC, des CHSLD ou des centres hospitaliers et que tous les membres des nouveaux conseils d'administration seront nommés par le Ministre.
4. Chaque instance locale comprendra également des médecins de famille, des organismes communautaires, des entreprises d'économie sociale, des ressources privées qui seront associés par le biais d'entente de services ou d'autres modalités.
5. Le ministre se donne le droit de rejeter un projet de fonctionnement soumis par une instance locale ou d'imposer sa façon de faire.

Par contre, plusieurs questions demeurent entières et sont sources d'inquiétudes.

1. En quoi le projet ministériel est-il conforme à l'article 1 de la Loi sur les services de santé et des services sociaux qui stipule que «Le régime de services de santé et de services sociaux institué par la présente loi a pour but le maintien et l'amélioration de la capacité physique, psychique et sociale des personnes d'agir

dans leur milieu et d'accomplir les rôles qu'elles entendent assumer pour elles-mêmes et pour les groupes dont elle font partie» ?

2. Pourquoi la population québécoise devrait-elle renoncer au réseau des CLSC si ces centres sont toujours les meilleurs outils dont nous disposons collectivement pour porter une vision sociale de la santé ? Pourquoi devrait-elle y renoncer alors que ce modèle est encensé partout dans le monde ?
3. En quoi, le projet ministériel consolide-t-il la vision sociale de la santé et non une vision bio-médicale de la maladie ?
4. Quels seront les mandats des agences régionales dans deux ans ?
5. Comment se fera l'arbitrage régional s'il y avait un contentieux entre deux réseaux locaux ?
6. Sur quelle base se fera le découpage territorial dans chacun des réseaux ? Pourquoi la base territoriale des CLSC existants est-elle rejetée ?
7. Comment la mission de chacun des établissements pourra-t-elle être respectée après les fusions et la création des réseaux locaux ?
8. Comment un modèle essentiellement développé en milieu rural (avec une faible densité de population sur un grand territoire) peut-il être applicable en milieu urbain ou semi-urbain ?
9. Quelle sera la contribution attendue des organismes communautaires et que se passera-t-il si ces instances autonomes refusaient de s'associer aux réseaux

locaux ? Leur consolidation financière sera-t-elle compromise ? Le ministre a-t-il entendu leur message à l'effet qu'ils ne désiraient pas être les sous-traitants à rabais des services publics ?

10. Qu'est-ce qui se passera si certains médecins de famille (ou une majorité) décidaient de rester en marge des nouveaux réseaux locaux ?
11. En quoi, la fusion des établissements réglerait-elle le problème de la répartition des médecins dans l'ensemble des régions du Québec et dans les régions du Québec ?
12. En quoi, la proposition ministérielle réglerait-elle le fait que les Québécoises et les Québécois trouvent difficilement un médecin de famille ?
13. Comment mettra-t-elle fin à la médecine *fast food* favorisée par le paiement à l'acte des médecins ?
14. Sur quelle base, les nouveaux réseaux locaux seront-ils financés à court et à moyen terme ? Sur le nombre de contrats octroyés à des compagnies privées ou à des organismes communautaires ? Sur le volume d'actes posés ? Sur la qualité des interventions ?
15. Quelles garanties le ministre peut-il fournir que la création des réseaux locaux ne sera pas la voie royale et locale de procéder à des privatisations de services ?
16. Comment le ministre peut-il officiellement poursuivre des objectifs de continuité alors que le projet de loi induit, à contre-sens, une multiplication des acteurs appelés à intervenir auprès de la population ?

17. Comment prétendre améliorer la continuité des services pour les personnes handicapées, si les centres de réadaptation sont exclus des lieux de concertation ?
18. En quoi, cela réglerait-il le fait que la majorité des personnes avec des incapacités logent actuellement dans des résidences privées sans permis dont la qualité des services est souvent douteuse, comme le démontrait avec force la Commission des droits de la personne et de la jeunesse, il y a deux ans ?
19. Comment les fusions nous permettront-elles de mettre fin à une violence gouvernementale des personnes hébergées dans les centres publics ou conventionnés puisque celles-ci ne reçoivent que 70 % des soins minimaux requis faute d'un personnel mais surtout d'un financement étatique suffisant ?
20. Comment les citoyennes et les citoyens pourront-ils faire entendre leur voix dans ces nouvelles instances locales et influencer les choix et les orientations de ces nouvelles instances, si toutes les personnes appelées à y siéger sont uniquement des personnes nommées par le Ministre donc imputables à celui-ci ?
21. Quelle sera la nouvelle gamme de services que devront obligatoirement offrir ces nouveaux réseaux locaux ?
22. Que restera-t-il des services sociaux après les fusions ?
23. Est-ce que seules les personnes dites «vulnérables» auront accès gratuitement aux services sociaux offerts par ces nouvelles instances ?

24. Le ministre peut-il affirmer que sa proposition changera le fait que les personnes avec des incapacités qui sont à domicile ne reçoivent pas tous les services auxquels elles auraient droit ?
25. Qui reprendra le mandat des régies de poser un regard régional particulier sur le sort des personnes handicapées, sur l'impact des décisions sur les femmes, sur l'accès aux services pour les personnes des communautés culturelles ?
26. S'il est peu évident que le projet ministériel permettra réellement d'améliorer la continuité des services, on peut également se demander comment cela améliorera-t-il la quantité et la qualité de ces services.
27. Comment cette proposition nous permettra-t-elle d'augmenter les dépenses publiques en santé ? Nous tenons à rappeler que le Québec investit 600 \$ de moins par année et par habitant que le Manitoba pour le financement des services et près de 300 \$ de moins que la moyenne canadienne.
28. Quels avantages réels, cette proposition nous permet-elle d'obtenir comme citoyennes et citoyens du Québec ?

Pour avoir les réponses à ces questions, le Ministre nous demande d'attendre jusqu'en 2005 ou 2006, le temps que tout le processus sur le terrain soit complété : que les amendements à la Loi sur les services de santé et les services sociaux soient rédigés conformément aux recommandations des nouvelles agences régionales et à l'analyse ministérielle; débattus lors d'un processus parlementaire et enfin, adoptés par l'Assemblée nationale. Alors là, seulement, nous saurons ce que contenait réellement le projet de loi 25.

Vous comprendrez donc que, dans un tel contexte, la proposition ministérielle n'est rien d'autre qu'une demande d'un chèque en blanc. La Coalition Solidarité Santé ne peut, à ce moment-ci, donner son aval à un projet de loi tellement embryonnaire qu'il serait même impossible à un obstétricien d'expérience de déterminer le «sexe» du bébé législatif.

Les fusions d'établissements : une nuisance à l'amélioration des services

Nous le pouvons d'autant moins que si nous partageons, pour une bonne part, le diagnostic ministériel, nous avons des doutes importants sur les solutions mises de l'avant.

Si le projet de fusions d'établissements peut laisser croire à la population que le projet de loi va dans le bon sens et améliorera la continuité des services, il en est autrement quand on examine la question de près. En effet, le ministre de la Santé et des Services sociaux ne peut ignorer :

- L'étude de Monsieur André Beaupré de l'Université Laval qui concluait que les établissements fusionnés augmentent leurs heures consacrées à l'administration, plutôt que les heures consacrées aux services à la clientèle. Dans les établissements non fusionnés observés, c'est le contraire .
- L'étude de Sabourin et associés qui affirmait que dans les secteurs public et privé, 70% des fusions mènent à des échecs: problèmes d'intégration,

- résultats ne rencontrant pas les objectifs, expériences décevantes, etc. et ce, malgré des efforts d'environ trois ans et demi pour en faire une réussite.
- L'étude de la revue *Modern Health Care*, qui avançait que 82% des fusions créent une baisse du moral et du climat de travail; 82% rencontrent des problèmes de nature organisationnelle; 64% des luttes de pouvoir chez les cadres.
 - L'étude de Julien Michaud qui confirmait que les fusions présument que des postes de cadres vont être abolis (d.g., d.s.a, etc.) alors qu'en fait, ces postes abolis sont remplacés par d'autres. Il y a hausse des classes salariales chez les cadres des établissements fusionnés. La taille des organisations n'apparaît pas toujours comme un facteur déterminant pour obtenir les meilleurs coûts unitaires au-delà d'un seuil minimal. La nature même des activités des CLSC laisse pourtant peu de place aux économies d'échelle .
 - L'étude de la Fédération de la santé et des services sociaux (FSSS-CSN) démontre que les fusions entraînent souvent deuil, déracinement, colère, tristesse, mécontentement, etc. parmi le personnel. Bref, les relations de travail se détériorent souvent.
 - L'étude de Madame Estelle Morin, des HEC qui fait la preuve que les cadres supérieurs travaillant dans de plus petits établissements apparaissent moins enclins à partir que ceux travaillant dans des grands.
 - Les propos publics du directeur général de Coaticook qui, après avoir vécu la nouvelle formule d'établissement proposé, constate que les fusions

fragilisent les budgets des CLSC, diminuent l'importance relative des services sociaux dans l'offre de services à la population et fragilisent les budgets de prévention.

Les faits démontrent quant à eux, que dans les établissements fusionnés, il y a un nombre moindre de bénévoles sur les conseils d'administration et un recul de la démocratisation du réseau. Le projet de loi, dans sa forme actuelle, accentue d'ailleurs cette tendance à une gestion en vase clos à l'abri des regards des citoyennes et des citoyens.

Mais les faits démontrent surtout que les établissements n'ont pas besoin d'être fusionnés pour collaborer entre eux.

Il nous tarde donc de savoir si le ministère a pris connaissance de ces études avant d'avancer une proposition de fusions locales et sur quelles études, le ministre de la Santé et des Services sociaux prend appui pour affirmer que les fusions, proposées dans le Projet de loi 25, permettront d'atteindre des objectifs d'amélioration de la qualité et de la continuité des services puisque toutes celles dont nous disposons démontrent que les fusions sont, à plus d'un égard, contre-productives voire même nuisibles à l'amélioration des services.

Enfin, nous ne saurions conclure cette partie de notre mémoire sans revenir sur la cohérence gouvernementale autour des fusions forcées et sans confesser notre perplexité. En effet, nous nous expliquons mal comment le gouvernement libéral, qui a mené sa campagne électorale en promettant les défusions municipales au nom de la démocratie, puisse aujourd'hui déposer un projet de loi dans lequel on retrouve les fusions forcées des établissements, sans respect des règles élémentaires de la démocratie.

La mission et la pérennité des CLSC mises en péril

La naissance des CLSC est le résultat de pressions populaires suite une alliance des citoyens et des usagers sur le système socio-sanitaire demandant à ce dernier de bonifier une offre de service dépassant l'approche uniquement bio-médicale. A cet égard, entériner le projet de loi 25 nous ferait revenir à l'approche bio-médicale et reculer plusieurs décennies en arrière.

La Commission Castonguay-Nepveu qui proposa d'étendre le modèle partout au Québec faisait le constat du manque de cohésion, de globalité et de continuité du système. En proposant la création de centres locaux de santé, la Commission y voyait un élément fondamental d'une stratégie du réseau public favorisant l'accessibilité des services, la continuité et la globalité des soins.

Est-il nécessaire de rappeler ici que 85 % des besoins sociaux et médicaux de la population québécoise peuvent trouver une réponse adéquate dans les services de première ligne, si ceux-ci sont véritablement consolidés ? Paradoxalement, les données 2001-2002 de l'Institut canadien d'information sur la santé nous apprennent que les services hospitaliers accaparent 51 % des dépenses gouvernementales en matière de santé alors qu'en Ontario, ce pourcentage est à 38 % et au Manitoba, 42 %. Il y a donc place à l'amélioration mais ce n'est certes pas en subordonnant les services de première ligne aux services hospitaliers que nous y arriverons.

Les préoccupations quant à la continuité des soins et l'accessibilité aux services sont toujours d'actualité. Même sans ressources financières suffisantes et sans médecins suffisants pour offrir des services médicaux de première ligne, les CLSC ont indéniablement permis des acquis importants en prévention, en promotion de la santé et en développement social. Imaginons ce que des moyens et des choix politiques cohérents auraient pu donner comme résultats !

Tous les acteurs du réseau de la santé et des services sociaux et tous les experts s'accordent pour dire que faire disparaître les conseils d'administration des CLSC et assujettir ces derniers aux nouveaux réseaux locaux de services intégrés, c'est la mort à moyen terme de la mission CLSC. Qui, en effet, pourra promouvoir cette mission unique des CLSC s'il n'y a plus de conseil d'administration pour le faire ?

Comment sera-t-il possible de maintenir et de développer l'ensemble des services de prévention et de promotion de la santé quand les dirigeants de ces nouveaux réseaux seront aux prises avec les besoins financiers énormes des hôpitaux ? Déjà, dans plusieurs centres de santé (donc déjà fusionnés), au prise avec des déficits, on sait que les services sociaux et préventifs écopent. Ce sont les composantes des services hospitaliers qui génèrent les déficits et toutes les composantes du centre de santé sont appelées à contribuer à sa résorption y compris les services sociaux, les services à domicile, les services communautaires et les services préventifs. A cet égard, il serait faux de prétendre que les fusions n'ont pas permis une certaine vampirisation des maigres ressources financières des CLSC.

Les CLSC verront leur mission radicalement transformée puisqu'on voudra inévitablement qu'ils deviennent des outils pour réduire le temps d'hospitalisation et des ressources au service de la mission hospitalo-curative de la maladie. D'ailleurs, les seuls groupes plus favorables que moins à cette intégration des CLSC sont les

hôpitaux ! Si on ne donne pas aux CLSC tous les moyens nécessaires pour continuer et intensifier leur mission préventive, il est évident que le réseau de la santé sera aux prises avec une augmentation significative de l'utilisation des centres hospitaliers d'ici quelques années. En fait, il arrivera tout le contraire de ce qui était souhaité!

La Coalition Solidarité Santé est convaincue que la solution mise de l'avant au début des années 1960 était la bonne. Effectivement, les CLSC peuvent être et doivent devenir plus que jamais le cœur de l'organisation des services sociaux et médicaux de première ligne au Québec. Toute proposition qui compromettrait leur existence et leur mission va, quant à nous, à l'encontre même de l'évidence.

La place du privé à reconsidérer

Dans le projet de loi 25, le ministre entend associer les entreprises et les ressources privées aux réseaux locaux. Déjà, le travail de sous-traitance et de privatisation est largement amorcé dans les services d'hébergement des personnes ayant des incapacités graves grâce au projet-pilote mis en place par le gouvernement actuel. Nous tenons à nous distancier politiquement de telles orientations surtout dans un contexte de réingénierie de l'État et dans la mesure où les leaders de cette réingénierie identifient les principes de la Loi canadienne de la santé comme étant des obstacles aux visées gouvernementales.

Toutes les études sérieuses concluent que Les partenariats ont « toujours servi à renforcer la suprématie du secteur privé sur le secteur public »¹.

¹ Beauchemin, Jacques, Bourque, Gilles, Duchastel, Jules, L'État dans la tourmente, Du providentialisme au néolibéralisme, 1995.

Dans son rapport de 1999, l'Organisation mondiale de la santé concluait que « ... les recherches et l'expérience montrent de plus en plus que le marché de la santé est inefficace ».

Plus encore, les données américaines nous confirment que les coûts de santé au pays de l'Oncle Sam sont largement supérieurs à ceux du Québec. Cela est vrai pour les hôpitaux américains à but lucratif comme pour ceux à but non lucratif.

Le transfert des services au privé ne repose pas sur des bases économiques sérieuses pas plus que sur une analyse rigoureuse. Force est de constater que cette proposition est essentiellement idéologique.

Le privé cannibaliser le système public au détriment de la majorité de la population québécoise, nous le savons tous. Malgré les propos rassurants du ministre et ses quatre conditions², nous croyons que la formule de réseaux locaux présentent des risques indéniables dans un contexte de sous-financement du système public, de réingénierie de l'État et de mondialisation des marchés.

En 1988, la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux (qui a pris plusieurs années pour étudier la question) affirmait :

« Il est établi depuis longtemps que les mécanismes du marché ne doivent pas s'appliquer aux services sociaux et aux services de santé (...) L'équité en matière d'accessibilité aux services et de distribution des ressources dans

² Aucune contribution financière des usagers, des soins dont les coûts sont égaux ou inférieurs au public, pas de référence au privé par les patients ou leurs médecins mais bien par l'hôpital ou l'instance régionale, l'utilisation du privé seulement dans la mesure où le système public a été utilisé à sa pleine capacité

la collectivité ne peut être assurée sans le maintien d'un système public fort. »

Pourquoi tenter aujourd'hui de faire entrer par la petite porte locale ce que ce que la population refuse de faire entrer par la grande porte ?

Les groupes communautaires : des organismes autonomes !

Pour alimenter la réflexion de la Commission à ce chapitre, nous rappellerons ce que l'Organisation mondiale de la santé, le Conseil de la santé et du bien-être, le rapport Rochon et la ministre libérale des Affaires sociales affirmaient :

Les conditions préalables à l'instauration de la santé sont la paix, le logement, l'éducation, la sécurité sociale, les relations sociales, l'alimentation, le revenu, l'émancipation des femmes, un écosystème stable, une utilisation judicieuse des ressources, la justice sociale, le respect des droits de l'Homme et l'équité. La plus grande menace à la santé est la pauvreté.

OMS, Quatrième conférence internationale de la promotion de la santé, Jakarta, juillet 1997.

La Commission réaffirme la nécessité fondamentale du système de santé et de services sociaux, à savoir l'amélioration de la santé et du bien-être. Elle identifie en outre deux conditions préalables : la recherche d'une plus grande équité sociale et le développement de l'équilibre social (p.685).

Rapport Rochon, 1988, Rapport de la commission sur les services de santé et les services sociaux.

Les déterminants socio-économiques de la santé et du bien-être, c'est-à-dire les facteurs qui relèvent des conditions de vie n'ont pas reçu la même attention. De plus en plus, on met en évidence les liens que les multiples facteurs économiques, sociaux et culturels entretiennent avec les autres déterminants de la santé. (...) Ces facteurs apparaissent désormais prépondérants.

Politique de santé et de bien-être adoptée par le gouvernement québécois en 1992.

Cette conception utilitariste des groupes communautaires par le PLQ d'aujourd'hui est tout à fait en rupture avec la vision libérale du début des années 1990. Rappelons qu'à cette époque, Thérèse Lavoie-Roux déclarait :

«Tout un pan de l'action dans les communautés est le fait des organismes communautaires et il est de responsabilité publique de soutenir leur action»³.

Livre blanc sur la santé et les services sociaux, 1991

Les réseaux locaux posent l'hypothèse d'un plus grand recours au secteur communautaire pour la sous-traitance des services publics aux conditions du ministère et après des appels d'offre. La logique utilitariste est somme toute assez simpliste : puisque le gouvernement québécois consacre des fonds pour le

financement des organismes communautaires, il est acceptable qu'il impose ses conditions de financement.

Il est vrai que la dynamique des comités de citoyens s'est articulée en fonction de trois axes principaux : la prestation de services directs pour combler le manque à agir des responsables politiques et administratifs, l'élaboration d'activités d'éducation populaire et d'information et, finalement, l'articulation d'un ensemble de revendications formant l'enjeu politique de l'engagement citoyen. Celle-ci a toujours eu comme objectif de mobiliser les personnes d'un milieu ou d'un groupe social particulier afin de leur permettre de s'exprimer à titre de citoyennes et de citoyens.

Il faut se rappeler également que la revendication citoyenne ne portait pas sur un transfert de la responsabilité de l'État vers le milieu, mais plutôt sur la nécessité pour l'État d'assumer complètement sa responsabilité. Les groupes communautaires ont très bien compris que « Mille dévouements admirables ne vaudront jamais une bonne politique sociale.»⁴

A elle seule, la Déclaration de Jakarta justifierait que le gouvernement québécois, officiellement toujours le porteur d'une vision sociale de la santé et d'une nécessaire promotion de la santé, soutienne l'action des groupes communautaires sans essayer de les inféoder. Or, ce sont précisément sur les grands déterminants de la santé que porte l'action des groupes communautaires québécois.

⁴ Bruckner, Pascal, La tentation de l'innocence.

Les vraies solutions éludées

Les solutions que nous devons mettre de l'avant, nous les connaissons toutes et depuis longtemps :

- des réinvestissements pour ramener les dépenses publiques de santé au moins à la moyenne canadienne - cela nécessiterait des réinvestissements de plus de deux milliards par année - ;
- un investissement majeur dans les services sociaux et médicaux en CLSC, la prévention et les services à domicile, et les moyens leur permettant d'offrir des services sociaux et médicaux, 24 heures par jour, 7 jours par semaine - réinvestissements qui seraient aisés si l'absence de contrôle des coûts des médicaments ne provoquait une hémorragie financière annuelle dans les finances du ministère - ;
- une médecine de prise en charge où les médecins sont vus comme contribuant aux services publics et non pas comme des entrepreneurs libres de choisir leur lieu de pratique, les moments où ils travaillent, etc. Cela impliquerait également la fin du paiement à l'acte qui incite à multiplier les actes médicaux au lieu de favoriser une médecine familiale et multidisciplinaire;
- une meilleure répartition des effectifs médicaux sur le territoire québécois et dans les différents territoires.

En fait, des investissements dans les services de première ligne, la mise en œuvre d'un véritable plan des effectifs médicaux, le contrôle des ressources privées

d'hébergement, la consolidation du travail d'intervenantes-pivot, des actions de prévention et de promotion, la possibilité de recevoir des services médicaux et sociaux dans notre CLSC, 24 heures par jour, 7 jours par semaine, nous auraient certainement permis d'atteindre des résultats réels et nettement plus significatifs pour la population québécoise.

Notre seule recommandation

Pour nous, comme pour d'autres, le projet de loi 25 est un projet de loi issu de nulle part et qui ne mènera nulle part puisqu'il fait table rase des acquis du système québécois pour leur substituer des solutions préfabriquées dans des officines ministérielles. Il met de l'avant des solutions pour le moins controversées et il ignore les larges consensus sociaux.

Il semble que le Ministre ait trouvé une mécanique qui générera plus de problèmes qu'elle n'en solutionnera que alors que les problèmes connus et les solutions tout aussi connues du réseau sont marginalisés. Si l'objectif poursuivi par le projet de loi 25 est le réseautage des intervenants-terrain, pourquoi est-ce que ce sont les conseils d'administration qu'on fusionne ? Pourquoi n'a-t-on pas tout simplement mis en place des moyens réalistes pour faire en sorte que ces intervenants puissent échanger ?

Pour toutes les raisons énumérées dans les quelques pages de ce mémoire, nous demandons au gouvernement québécois de retirer le projet de loi 25 et d'initier, avec les citoyenNEs du Québec et les travailleurs et les travailleuses du réseau de la santé, un débat réellement démocratique sur l'ensemble des intentions ministérielles et les solutions à mettre de l'avant pour améliorer la quantité, la qualité et la continuité des services offerts à la population.

Si le ministre avait fait un processus de consultation large, c'est cette demande qu'il aurait entendue partout comme en témoigne la longue liste des appuis reçus par la Coalition Solidarité Santé au cours des derniers jours.

Il n'est pas trop tard pour faire marche arrière. Comme le disaient les sages québécois, tout ce qui mérite d'être fait, mérite d'être bien fait. Pour cela, il faut retirer le Projet de loi 25 et refaire le processus comme il aurait dû se faire. C'est que ce vous demande les nombreux signataires en appui à la Déclaration commune de la Coalition Solidarité Santé.

Coalition Solidarité Santé

Manifeste pour la Sauvegarde d'un Système public de Santé et de Services sociaux

Un droit incontournable : la santé

La Coalition Solidarité Santé fait sien le principe du droit à la santé tel que défini par l'Organisation Mondiale de la santé:

La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique et sociale.

Une définition de la santé qui s'impose

La Coalition Solidarité Santé fait aussi sienne la définition de la santé proposée par l'Organisation Mondiale de la Santé à savoir que «la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie».

Une vision sociale de la santé à réaffirmer

La Coalition Solidarité Santé réaffirme que le système québécois de santé et de services sociaux doit reposer sur une vision sociale de la santé et du bien-être qui

englobe les grands déterminants de la santé (revenu, éducation, environnement) et non sur une vision strictement médicale et comptable de la maladie.

Des principes à maintenir et à garantir

La Coalition Solidarité Santé affirme son adhésion pleine et entière aux principes fondamentaux d'un système public de santé et de services sociaux : le caractère public, l'universalité, la transférabilité, l'intégralité, l'accessibilité et la gratuité (sans contribution directe des usagères et des usagers).

La Coalition Solidarité Santé exhorte le gouvernement québécois à intégrer ces principes fondamentaux dans la Loi québécoise de la Santé et des Services sociaux.

La Coalition Solidarité Santé réaffirme la nécessité que les soins de santé et les services sociaux soient disponibles pour toutes les Québécoises et tous les Québécois et ce, sans discrimination aucune afin de garantir l'égalité et le droit à la santé.

La Coalition Solidarité Santé réaffirme la nécessité de maintenir et d'élargir les espaces démocratiques qui permettent aux citoyennes et aux citoyens de faire entendre leur voix dans la gestion et les orientations quant à l'avenir du système québécois de santé et de services sociaux.

La Coalition Solidarité Santé s'oppose vigoureusement à tout rétrécissement du rôle social de l'État québécois dans le domaine de la santé et des services sociaux et exige que celui-ci assume pleinement ses responsabilités dans la prestation de services publics.

La Coalition Solidarité Santé réaffirme qu'un système intégralement public, géré et financé publiquement, est la seule garantie que les Québécoises et les Québécois aient un système équitable et efficient.

La Coalition Solidarité Santé s'oppose à toute orientation gouvernementale qui atrophierait le principe d'autonomie des groupes communautaires autonomes en les obligeant à agir en substitution ou dans le prolongement du mandat des établissements publics de même qu'à répondre à des priorités gouvernementales.

Un refus sans équivoque de la privatisation

La Coalition Solidarité Santé s'oppose à toute marchandisation des services sociaux et de santé, à toute privatisation active ou passive du système québécois de

santé et à toute mesure qui aurait pour effet d'instaurer un système à deux vitesses.

La Coalition Solidarité Santé s'oppose à toute contribution financière pour des services qui devraient être publics et réclame que cesse immédiatement toute facturation de produits et services médicaux relative aux diagnostics, aux soins et aux traitements dans les cabinets de médecins et dans les établissements de santé.

La Coalition Solidarité Santé réclame que toutes les personnes, dont l'état de santé nécessite un hébergement temporaire ou permanent, aient accès à des ressources publiques leur garantissant la qualité des soins et ce, en quantité suffisante.

Une couverture publique à développer

La Coalition Solidarité Santé réclame que tous les services sociaux et de santé contribuant à la santé et au bien-être de la population québécoise soient inclus dans la couverture publique y compris ceux répondant à de nouveaux besoins de la population.

La Coalition Solidarité Santé réclame que les services et les soins nécessaires au maintien à domicile des personnes dont l'état de santé et de bien-être les requiert soient garantis par la couverture publique.

La Coalition Solidarité Santé réclame l'adoption par le gouvernement québécois d'une véritable politique du médicament laquelle comprendrait notamment un régime public et universel d'assurance médicaments.

Une pratique médicale à repenser

La Coalition Solidarité Santé constate que le paiement à l'acte génère plus d'effets pervers que d'avantages pour la population québécoise et exige une révision du mode de rémunération des médecins qui corresponde aux besoins de la population.

La Coalition Solidarité Santé réclame que soit favorisée une approche multidisciplinaire dans la gestion, la planification, l'organisation, et la prestation des services et des soins qui inclut tous les acteurs du réseau de la santé et des services sociaux, y compris les médecins .

Une réalité à reconnaître: la spécificité des femmes

La Coalition Solidarité Santé dénonce l'ampleur du rôle et des responsabilités qui incombent aux femmes dans la prestation des services de santé et des services sociaux en tant que proches aidantes et réclame des mesures gouvernementales immédiates pour remédier à ces impacts négatifs de la transformation du réseau de même que des politiques publiques qui respectent les besoins et les attentes des femmes ainsi que le caractère volontaire de leur engagement.

Un réinvestissement urgent : le financement du système

La Coalition Solidarité Santé réclame d'urgence un réinvestissement tant fédéral que provincial dans le système de santé québécois afin de réaliser la consolidation financière des services publics et leur développement; elle appuie avec le même sentiment d'urgence les revendications des organismes communautaires autonomes pour la consolidation de leur financement.

**La santé au Québec, c'est un droit
Comme peuple, on a déjà fait ce choix**